

Año global que concluye dedicado al dolor agudo

Concluding global year devoted to acute pain

Dr. Jorge L. Yera Nadal

Presidente Capítulo Cubano del Dolor IAS

La experiencia sensorial y emocional desagradable que se conoce con el nombre de dolor es en todas las latitudes del planeta un síntoma que nos atenaza el cuerpo y el espíritu cuando anida en cualquier de nuestras estructuras anatómicas, sea real o potencial, y que a pesar de lo publicado diariamente, se mantiene como un tema casi desconocido, marginado a veces, cuando no prohibido, para gran parte de médicos y enfermeros.

Los programas docentes carecen de una valoración adecuada del dolor y por tanto, de una estructuración y exigencia que esté acorde con las necesidades que la situación transicional demográfica¹ impone a un mundo que transita aceleradamente hacia el año 2050 con una población, donde 79 % de la misma será mayor de 60 años, con un índice de fertilidad por mujer de 2 hijos.

La aparición de nuevos medicamentos para el dolor crece con el paso de los años pero la industria farmacéutica capitalista, dotada de tecnologías avanzadas para conseguir nuevas formulaciones destinadas a nuevas dianas terapéutica, con mejores posibilidades de administración y menos efectos secundarios, impone precios, que la población cada vez mas empobrecida no puede asumir, dejándolos carente de ellos y sufriendo de trastornos osteo-mio-articulares, cáncer y otras entidades nosológicas dolorosas que lo requieren.

Los pacientes con dolor agudo en general y de dolor postoperatorio en particular son víctimas de esta situación, provocándole un calvario innecesario. La consideración del dolor por parte de médicos y enfermeros como un fenómeno aislado, sin tomar en cuenta su primordial afectación psico-anátomo-fisiológica y sus repercusiones cardiovasculares, respiratorias, endocrino-metabólicas determinan en ocasiones, complicaciones posteriores a las intervenciones quirúrgicas y en la convalecencia y calidad de vida de ancianos y enfermos con cáncer principalmente, sin dejar de mencionar la pérdida de días de trabajo por año

que priva a la economía del país la población laboral más joven que sufre de trastornos dolorosos como los de la columna vertebral.

Si bien el nacimiento de las clínicas del dolor a partir de 1961 dio un vuelco importante al tratamiento del dolor en el mundo de la medicina que generó la diseminación de estos centros y la creación de al menos un pensamiento algológico, cuando no de una especialidad médica, su aparición propició el acomodamiento de otros profesionales que vieron en ello la manera de no enfrentar el dolor de sus pacientes. Esto, unido al desconocimiento de los elementos esenciales de la farmacoterapéutica del dolor ocasiona una elevada incidencia de personas/día, afectadas, con una marcada prevalencia por año que alarma los departamentos epidemiológicos mundiales.

La indiferencia y desatención a personas que sufren a diario de dolor agudo de diferentes índoles, ocasiona trastornos importantes en el sistema nervioso central que conducen a la cronificación y perpetuación del síntoma con el detrimento que sobre su calidad de vida acarrearán, situación agravada por el temor infundido hacia el empleo de los opioides por las autoridades competentes al personal de la salud, en la mayor parte de las ocasiones por una ignorancia heredada que se arrastra por años, pasan de generación en generación y frenan el aprovechamiento de medicamentos proporcionan una calidad de vida excelente a los pacientes cuando han fallado otras terapéuticas ensayadas. Así mismo, el mal empleo de estos fármacos puede ocasionar severas complicaciones que "justifican" estos temores. La situación para el tratamiento del dolor episódico ² agudo benigno o maligno, severo o intolerable es controversial al no disponer los pacientes de opioides de punta, léase fentanilo ³, para aliviarlo y deben soportar períodos máximos de hasta 60 minutos.

Por otra parte, la ausencia en los quirófanos y clínicas de dolor de las "nuevas tecnologías", ya con varios años de uso que la hacen adultas, como la electroestimulación y la ultrasonografía para localizar nervios y plexos nerviosos, priva al especialista, de métodos que disminuyen los riesgos en la realización de bloqueos diagnósticos y terapéuticos aumentando de hecho la morbilidad en los procesos anestésicos y analgésicos regionales.

El divorcio establecido entre los centros investigadores y productores de medicamentos y el área clínica, impide la concientización de estas instituciones para trabajar en aras de mejorar la terapéutica analgésica, por lo que es menester aunar esfuerzos para trabajar, al igual que debe ser la labor de médicos y enfermeros en los centros de salud.

Es menester que al culminar este Año Global contra el Dolor Agudo se de un cambio importante en la forma de mirar y atender al paciente que cursa con dolor agudo y se busquen soluciones que mejoren el arsenal terapéutico analgésico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mencías AB y Rodríguez JL. Consideraciones sobre el empleo de opioides en el dolor crónico del paciente geriátrico. Rev Soc Esp Dolor 2008; 7: 463-474.
2. Svendsen KB, Andersen S, Arnason S, Arner S, et al. Breakthrough pain in malignant and non-malignant diseases: a review of prevalence, characteristics and mechanisms. Europ J Pain 2005; 9: 195-206.

3. Mercadante S. The use of rapid onset opioids for breakthrough cancer pain: The challenge of its dosing Crit Rev Oncol/Hematol (2011), doi: 10.1016/ j.critrevonc. 2010.12.002.

Recibido: 2 de junio de 2011.

Aprobado: 8 de agosto de 2011.